

AZ EGÉSZSÉGÜGY GAZDASÁGI ESZKÖZEI ÉS FELHASZNÁLÁSUK HATÉKONYSÁGA

I. Az egészségügy gazdasági eszközei

Az egészségügy, mint nem anyagi szolgáltató szféra, egyre nagyobb értékű anyagi, gazdasági eszközt használ fel. Ezeknek az eszközöknek a csoportosítása a fel- és elhasználódásukban való viselkedésük bizonyos hasonlósága alapján megegyezik az anyagi termelésben alkalmazottakkéval. Eszerint találhatók:

- Állóeszközök

Ide tartoznak mindazok az eszközök, melyek hosszú időn keresztül, fokozatos elhasználódással, több egymást követő egészségügyi szolgáltató tevékenységben képesek hasznosan közreműködni. Legfőbb fajtáik:

Orvostechnikai eszközök: melyekbe az egészségügyi szolgáltató tevékenységet közvetlenül segítő diagnosztikai, gyógyító és rehabilitáló tartós eszközök, műszerek, gépek stb. tartoznak.

Üzemviteli, gazdasági-műszaki eszközök: ahová a betegellátást közvetve szolgáló, általános tárgyi feltételeket biztosító épületek, kubatúrák, kórházi ágyak, felszerelések és berendezések, s egyéb anyagi szolgáltatások részlegeinek: konyha, mosoda, raktárak, energiaszolgáltatók, azaz az ún. "hotelszolgáltatnak" a berendezései tartoznak.

Gazdasági értékelhasználódásukban is hasonlóság van abban az értelemben, hogy használatai, azaz természetes értékük elhasználódásának arányában fokozatosan csökken, semmisül meg saját gazdasági értékük, azaz amortizálódnak. Lényeges eltérés van viszont az anyagi termelés állóeszközeihez viszonyítva a megsemmisült saját értékük további sorsa, következménye tekintetében. Társadalmi szempontból abszolút értelemben mint gazdasági érték nem semmisül meg, hanem csak fokozatosan átmennek az értékesökkenéssel arányosan produkált új termék értékébe.

Az egészségügyi szolgáltatásban elhasznált értékesökkenés azonban a társadalom gazdasági értéktartománya számára abszolút megsemmisülést, tehát csökkenést jelent. Értelemszerűen azért, mert elhasználódásának közvetlen eredménye nem anyagi-gazdasági, hanem egy teljesen más minőségű, nem anyagi természetű egészségügyi érték. Következésképpen nem válhat ennek közvetlen értékalkotó tényezőjévé, "értékörökösévé". Ellenben annak gazdasági költségtényezőjévé válik, mely tény alapvető jelentőségű szerepet játszik mindenfajta egészségügyi gazdasági hatékonyságszámításban.

- Forgóeszközök

Ebbe az eszközcsoportba tartoznak az egészségügyben az:

Anyagok: gyógyszerek és készítmények, vizsgálóeszközök anyagai, energiái, kötszerek, vegyszerek stb., melyeket egyszeri felhasználásuk és értékük teljes megsemmisülése köt az anyagi termelés forgóeszközeihez.

Fogyóeszközök: olyan berendezési és felszerelési tárgyak (bútorok), gépi és kézi szerzőmők, védőruhák, textiliák, laboratóriumi üvegeszközök, szemléltető és oktatási eszközök, kísérleti állatok stb., melyek ugyan tartósabban és több szolgáltatásban is résztvesznek, de egy változóan megállapított kisebb értékhatárig fogyóeszközökként kezelik őket.

Értékvesztésük tartalma és költségtenyezővé válásuk általában megegyezik az állóeszközökével.

II. A hatékonyság fogalma és számítási lehetőségei az egészségügyben

A hatékonyság, vagy eredményesség fogalma mindenfajta olyan célszerű emberi tevékenységben objektíve érvényesülő összefüggést kifejező kategória, mely valamilyen reális társadalmi igény kielégítését eredményezi. Minden ilyen - általános munkának nevezhető - célszerű társadalmi tevékenységben szükségszerűen megtalálható két önállóan is elkülöníthető, de ok- és okozati összefüggésben álló tényező. Egyik az az eleven és tárgyiasult munkamennyiség, melyet mint erőforrást a meghatározott fajtajú és mennyiségű hasznos anyagi javakban vagy személyben megtestesülő eredmény mint "ráfördítést", pénzben kifejezve "költséget" igényel. Másik pedig maga ez a hasznos, valamilyen valós társadalmi szükségletet kielégítő "eredmény" "produkció". A kettő mennyiségi viszonyának alakulása e tevékenységet alapvetően minősítő kérdésre ad számszerű választ, hogy mennyi ráfordítással tudják létrehozni a kitűzött eredményt.

A hatékonysági mutató számszerűsített hányadosa azonban csak akkor használható, ha mind a ráfordítás, mind az eredmény különböző belső összetevői, mind pedig egészükben egymáshoz viszonyítva lényegükben azonos minőségű dolgok. Ugyanis csak így válik lehetővé nagyságrendjük egységes mércén való mérése, összegzése és összevetése. Ez az alapvető feltétel a gazdasági folyamatokban adott, s itt tett szert először nagy jelentőségre és fejlődtek is ki számításának különféle módszerei. A termelő gazdálkodásban ugyanis a ráfördítés is, eredménye is gazdasági, anyagi érték, melynek absztrakt munkatartalmát a pénz általános egyenértékeseinek mércerendszerén tudjuk egységesen mérni.

Az improduktív szférában a hatékonyság pénzalapon történő kiszámítása azonban nem lehetséges. Ugyanis a gazdasági értéktartalmú pénz mércén az összefüggésnek csak az egyik, a ráfördítés oldala fejezhető ki egzaktan. A másik, azaz eredmény oldala már más minőségi je-

lenség: egészségügyi szolgáltatás. Tehát az itt folyó gazdálkodás cseré és fogyasztó mozzanatainak végső célja nem új és több anyagi érték alkotása, melyben e minőségében, ha el is fogyasztják, értéke megőrződik, sőt növekedik, hanem mint gazdasági érték teljesen és véglegesen megsemmisül. Ellenben minőségileg is egy egészen más és új értéket szül. Ennek lényege: az ember egészségének, teljesítőképességének megőrzése, védelme, elveszett visszanyerése, s a jó társadalmi közérzet biztosítása egy megnövelt életkor végső határáig.

E társadalmi értéknek válik egyik konstituáló tényezőjévé, "költségtényezőjévé" a felhasznált gazdasági érték.

S noha a gazdasági természetű pénzköltségnek a viselője teljes egészében a felhasználásával konstituált egészségügyi szolgáltatás, ennek, mint teljes eredménynek az egészét nem képes ez a költség-pénzüsszeg méreteiben, s minőségében kifejezni. Ugyanis ezt az eredményt, egészségügyi szolgáltatás minőségében teljes egészében és közvetlenül egy nem anyagi-termelő eleven munka hozza létre. Ezért a munka menyiségi és minőségi alakulása nem növeli közvetlenül az eredmény gazdasági értékforrását. Közvetlenül és döntően meghatározza azonban az egészségügyi szolgáltatás eredményét; a védett, meggyógyított, helyreállított egészségű emberek számában, minőségében. Mégpedig az élők munkája (orvosi, ápolói stb.) olyan elválaszthatatlan, szubjektumhoz kötött tényező, erőforrásai játszanak ebben döntő szerepet, mint az orvos-beteg közti kapcsolat, orvos és ápoló személyzet szakképzettsége, tapasztaltsága, lelkiismeretessége, rátermettsége, felelőssége, személyi és munkaszervezési kapcsolatuk légköre, szervezethez stb. Az egészségügy eredményére ezeknek a szubjektív erőforrásokhoz kötött, funkcionálisan a nem termelő élők munkájának van tehát közvetlen, meghatározó hatóereje.

Ebből a tényből az következik, hogy bizonyos határokon belül ez a közvetlen egészségügyi természetű eredményt produkáló eleven munka hatékonysága eltérően mozoghat:

- a./ egyrészt a teljes gazdasági természetű költséggráf fordításához, azaz élő- és holtmunka-költséghez viszonyítva;
- b./ másrészt csak a teljes egészségi eredményt, de semmi gazdasági értéket nem produkáló eleven munka költségének alakulásához viszonyítva is.

Következésképpen e nem gazdasági hatótényező közvetlen és eltérő arányú eredményét teljesen a gazdasági költséggráf fordítás eredményeként számbavenni naturális formájuk alapján, minőségi különbségük miatt részben lehetetlen. Ki tudja megállapítani, milyen alapon, hogy egy fájó és eltávolított fog, vagy vakbél pénzben mennyit ér? Noha itt még van is "megfogható anyagi eredménye"! Vagy egy műanyag szívbillentyűbetét, tüdőgyulladás megszüntetése, életkor átlagos meghosszabbítása stb. pénzben kifejezve mennyit érhet a társadalomnak? Pedig ennek ismeretére nélkülözhetetlenül szükség volna a hatékonyságszámításhoz, mert az egészségügyi szolgáltató tevékenységnek ez a célul kitűzött "végterméke".

Másrészt mégha valamilyen szubjektív becslés alapján megközelítő pontossággal valami-féle "képzetes árral" látnánk is el, amit az árucserre egyetemes viszonyai között néha a gya-korlat elkerülhetetlenné is tesz - akkor pedig azért nem mutatna reális gazdasági hatékonyságot, mert a gazdasági hatótényezőknek tulajdonítaná azon eredményeket, melyeket közvetet-ten ugyan befolyásol, de közvetlenül csak az eleven munka, s eltérő hatékonysággal realizál.

Milyen egzakt hatékonyság-számításra nyílik ezen sajátosságok alapján mégis lehetőség az egészségügyben?

1. Egészségügyi szolgáltatás eredmény-hatékonysága (Eh)

Ez a hatékonysági összefüggés a legátfogóbban fennálló viszony az egészségügyi szol-gáltató szféra ráfordítás és eredmény oldalai között. Ilyen hatékonyság objektíve érvénye-sül, akár fel tudjuk ismerni tudatosan, akár nem, s ki tudtuk-e munkálni a két oldal számba-vételének egységes mércejét, s számítási módszerét, akár nem. Ugyanis ez esetben a ráfordí-tás oldalon a teljes és naturális élő- és holmunkát kell számbavennünk, az eredményoldalon pedig az egészségügyi szaktudomány által felállított paraméterek szerinti teljes naturális eredményt. Képletesen:

$$Eh = \frac{\text{összes egészségügyi eredmény-teljesítmény}}{\text{összes élő- és holt-munkaráfordítás}}$$

De ennek kiszámítása ma még csak elméleti lehetőség. Ugyanis gyakorlati számításának lehetőségéhez a ráfordítás oldalon a tárgyasult anyagi termelő és "személyiesült" nem anya-gi termelő munka naturális mércejének közös nevezőjét kellene megtalálni. Ezt még nem ol-dotta meg a tudomány, de az anyagi és nem anyagi munka társadalmi egyenértékűségének álta-lános elvét elfogadva a bonyolultsági fokkal súlyozott munkaidő talán megoldási alapot ad-hat.

Az eredményoldalon pedig ugyancsak a számtalan formájú védő, gyógyító, rehabilitáló eredményt kellene valamilyen naturális mérceén közös nevezőre hozni, s ennek alapján társa-dalmi szinten számbavenni.

Valami kicsit azért mégis tud ez az egészségügyi hatékonysági képlet a gyakorlatnak is adni. Ismertek ugyanis makrogazdasági szinten az évi egészségügyi szolgáltatások különfajta számszerűsíthető eredményei (különféle sikeres műtétek, meggyógyított betegségek), s ezek-nek globális egészségügyi pénzbeni ráfordításai. Nos, ha ezek a különféle egészségügyi szol-gáltatások mutatóinak arányai, s abszolút nagyságai egyik évről a másikra nem változnak, vagy csak elhanyagolható mértékben, a globális pénzárfordítások viszont ⁺ irányban változ-tak, akkor már %-osan ki lehet számítani a jelen statisztikai adatszolgáltatás mellett is a makro-egészségügyi gazdasági hatékonyságnövekedést, vagy csökkenést!

Közelebb áll a gyakorlati megvalósításhoz az eredményhatékonyság-számítás olyan rész-eredményeknél, melyek homogén jellegűek, s így naturális mutatók alapján országosan számbavehetők, összegezhetők. Ilyenek például a megelőzésben a tüdő- és rákszűrések, a terápiában a különböző szervek megőrződésének, vagy egyéb étnálloan és elhatárolhatóan jelentkező, azonosan lefolyó és gyógyítható betegségfajták (szív, tüdő, gyomor, agy, vese stb.) gyógyítására fordított élő- és holtmunkamennyiség hatékonyságának a vizsgálati lehetősége. Itt ugyanis a különfajta eredmények egyetlen közös mennyiségi összegezésének ma még megoldhatatlan problémája nincs jelen, s legalább az erőforrások legnagyobb súlyát igénybevevő betegségfajták eredményszámításának elemzése adhatna az országos tervezés számára hasznos információkat. E részeredményhatékonyság (Erh) képlete így alakulhat:

$$\text{Erh} = \frac{\text{konkrét fajta egészségügyi eredményteljesítmény}}{\text{fajlagos élő- és holt-munkaráfordítás}}$$

2. Az egészségügy gazdasági (pénz) erőforrásai felhasználásának feladat-hatékonysága (egészségügyi feladat gazdasági hatékonysága = Efgh)

Az egészségügy hatékonyságszámításának ez a lehetősége áll legközelebb a termelő gazdaságban használt klasszikus "gazdasági hatékonyság" számításához.

A ráfordításoldalt ez esetben valamennyi egészségügyi feladat összességének és egyes fajtáinak maradéktalan teljesítéséhez nélkülözhetetlenül szükséges gazdasági feltételek értékei képezik.

Az eredményoldalt mindazok a feladatok képezik, melyeket el kell végezni az egészségügy működésében, hogy a célul kitűzött pozitív eredményt elérje.

Ebben az összefüggésben "az eredmény" más tartalmat jelent az előző hatékonysági összefüggésben szereplő eredmény oldalhoz képest. Itt az "eredményt" teljes egészében csupán az aktív tevékenység, tehát munka képezi abból a célből, hogy a kezelt emberben "megszemélyiesült" egészségügyi értéket, eredményt hozzon létre. Ami az előbbi Eh összefüggésben "forrásként" szerepel, ugyanazon tényező lényegében ezúttal "eredmény" pólust képez. E szerepkülönbség terminológiai megkülönböztetésére használjuk éppen ezért az Efgh hatékonyság-összefüggésben az "eredmény" tartalmú oldal elnevezésére a "feladat" elnevezést, s a hatékonyság mutatóját "feladat-hatékonyságnak".

A gazdasági javak közvetlenül csak a feladat megvalósulásának nélkülözhetetlen feltételei. Ezért mint források ebben a folyamatban használnának el, aemmisül meg gazdasági használati értékük, következésképpen ezáltal teljesül be hatékonyságuk is. Ezért eredményük is közvetlenül a feladatok megvalósulásának mennyiségi és minőségi dimenzióiban konstituálódhat. Nem is lehet másban "felelőssé tenni", mint a feladatok anyagi technikai feltételeinek, eszközeinek, munkaerőinek a lehető legmagasabb színvonalú, kielégítő mértékű biztosí-

sítása technikai gazdasági, technológiai szempontból. S hogy ezt valóban megteszi-e, és milyen "fajlagos" ráfordítással, költséggel, éppen annak kimutatására hivatott e hatékonyságszámítás. Hogy aztán egy bizonyos gazdasági színvonalon és hatékonysággal támogatott feladatmegoldás milyen tényleges egészségügyi eredményt fog produkálni, de már közvetlenül a gazdasági hatékonysággal támogatott eleven szakmunkától függ, mely azonos gazdasági feltétel és hatékonyság mellett is eltérő egészségszolgáltatató lehet. Ezt viszont már az előbb kifejtett eredményhatékonysági mutató (Eh) fejezi ki együttesen.

Amíg az először kifejtett egészségügyi eredményhatékonysági mutató (Eh) kiszámításának gyakorlati feltételeit nem tudtuk megteremteni, s ezért még nem is használjuk, ez utóbbi (Efgh) számításának részben már megteremtettük a feltételeit. Az összefüggés képletszerűen így írható fel:

$$Efgh = \frac{\text{konkrét feladatteljesítmény}}{\text{pénzbeli költség ráfordítás}}$$

A "feladatteljesítmény" ugyanis homogén egységeiben kell a számlálóban szerepeltetni egyedileg, vagy kisebb-nagyobb halmozott egységeiben. Ezek a feladatok a gyakorlatban behatároltak, számviteliileg, statisztikailag nyilvántarthatók.

A "pénzbeli költség ráfordítás" pedig már eleve egységes pénzmértéknél méri, sőt határolja is be a gazdasági erőforrások sokszínű naturáliáinak költség ráfordításait. Az áruviszonyok szocializmusbeli egyetemes érvényesülésének szükségszerűsége miatt ugyanis a feladat erőforrásainak nemcsak a gazdasági értékei szerezhetők be pénzért, hanem az eleven munkaerő is csak pénzből ellenében hajlandó munkát vállalni. Következésképpen az erőforrásoknak nemcsak a gazdasági természetű, tárgyasult holtmunka költségei fejeződnek ki evidens módon pénzegyenértékeseikben, hanem a nem gazdasági természetű és nem is gazdasági értéket alkotó eleven munka költségei is!

Lényeg tehát a költség számítás szempontjából, hogy az egészségügyi feladatot ellátó eleven munka bére, költsége is egy időben és helyen pénzben meghatározott objektív mennyiség, mely így a gazdasági természetű erőforrásokkal, gazdasági mérce rendszerükkel, a pénzzel homogén módon kifejezhető.

Ahhoz, hogy ezt a reális lehetőséget a gyakorlati számításban realizálni is tudjuk, olyan számviteli (könyvviteli) rendszer kifejlesztése a feltétel, mely az egyes szakfeladatok megvalósításához szükséges erőforrás költségét egyedileg is elkülönülten nyilvántartja, vagy könnyen kiszámíthatóvá teszi.

Magyarországon igen jelentős lépést jelentett ilyen üzemgazdasági jellegű egészségügyi számviteli rendszer kifejlesztésében az 1983. január 1-ével hivatalosan bevezetett módosítás, korszerűsítés. Ez éppen azon a felismerésen alapul, hogy az egészségügyi gazdálkodás eredményének, hatékonyságának növelése a korábbi rendszerben már nem elégíthető ki. Ehhez

ugyanis a korábbi kiadási szemlélet helyett a feladat-költség kapcsolatokra épülő költség-szemléletű számviteli rendszerre van szükség. Ennek alapján nyílik lehetőség

- a tervezési-gazdasági számítások megalapozottabbá tételére;
- a gazdasági döntéseket megalapozó és ellenőrző számítások szélesebb körűvé tételére;
- az árfigyelés és önköltség elemzésére.

E számviteli rendszer lényege az ún. "kettős könyvvitel" zárt rendszere. A kettősség azt jelenti, hogy a szakfeladatokat ellátó kisebb-nagyobb intézetek, osztályegységei által felhasznált (input) erőforrások pénzköltségeit mint ezek "kiadását" veszik számba. A feladat teljesítésével (output) arányosan felosztott költséget pedig mint eredményt "bevételt" könyvelik el javukra. Természetesen ez a költségvetési egységet képző intézetben belüli, egyes "számviteli költséghelynek" nevezett szak- és kiegészítő önálló elszámoló egységek közötti "kiadás-bevétel" elszámolás nem jelent valóságos pénzmozgást. De az egymás számára teljesített szolgáltatások arányos pénzköltségeit a szolgáltató számára vezetett kétoldali számlájának a bevételi oldalán fogják jóvá írni, míg az igénybevevőnek a kiadási oldalán fogják megterhelni. Ezzel a könyvelési eljárással a gazdaságilag nem elkülönült feladatot teljesítő egységek közötti szolgáltatáscserét is formailag mint áruccserét könyvelik el, s valóságos áruccsere és pénzmozgás nélkül ugyan, de nagyonis valóságos nagyságban állapítható meg végülis az adott feladatot ellátó egység kettős számlája "kiadási" oldalán az összes (amortizáció, anyag, munkabér, igazgatási stb.) általa igénybevett erőforrás ráfordításának, "bevételi" oldalán pedig a feladat elvégzésének, mint eredménynek az egységes pénzben kifejezett mértéke. Így egészében az adott feladatra vonatkozóan (pl. egy osztály vagy egy évi működése, illetve eközben teljesített feladategységekre pl. műtétekre) is naprakészen, vagy időegységenként nyilvántartja a ráfordításokat "költséghelyenként". S ugyanakkor ún. "költségnemenkénti" megosztásban is, azaz hogy a feladategység kiadási számla összesítése alapján megállapítható feladatösszköltség milyen költségnem-elemkből: amortizáció, energia, munkabér, igazgatási stb. tevődik össze.

A "bevételi" mint eredmény számla pedig a tényleges szolgáltatás összességét, s ugyancsak "nemenkénti" feladatstruktúrájában (melyik más egységnek mennyit szolgáltatott, illetve fejezett be "végtermék" egészségügyi feladatot) regisztrálja.

Az egészségügy költségvetésileg elkülönülten, önállóan gazdálkodó intézményei, szervezetei között is egyre több szolgáltatás-kooperáció alakul ki. Ezt vagy a köztük lévő munkamegosztás, vagy az egyes kiegészítő (energiaszolgáltató, élelmező, mosodai, karbantartó, szállító), illetve szakfeladatot ellátó (véradó, röntgen) részlegek kapacitásának teljesebb, s így gazdaságosabb kihasználása teszi szükségessé. Mindezen idegen, külső szervezetek eszközölt szolgáltatások önköltségi árai tehát értelemszerűen nemcsak pénzmozgás nélküli, elszámolási célból fognak a szolgáltató egység számlája bevételi oldalán szerepelni, hanem valóságos pénzbevételként, az igénybevevő kiadás oldalán pedig pénzkiadásként szerepelni. Ennek a megkülönböztetésnek azért van jelentősége, mert végül a költségvetési egység plusz

pénz (ár) bevételere tesz szert. Éppen ezért ez a bevétel az intézmény költségvetési ellátmányából levonásra kerül, s ezt nevezik "nettó" költségvetési gazdálkodásnak.

Amilyen differenciált mélységben (rovatmélységben) megteremtette tehát jelenlegi egészségügyi számviteli rendszerünk a hivatalos szakfeladatrendünkben szereplő intézményekhez, szervezeti egységekhez, illetve feladatteljesítmenyhez, mint naturális egységekhez, folyamatokhoz igazodó dinamikus pénzmozgásnyilvántartást, olyan skálán ad lehetőséget hatékony-ságszámításra is.

Objektíve el lehet, s nagyon jó volna ha gyakorlatban el is végeznék a "feladat-hatékonysági elemzéseket" a legnagyobb integrációs szervezettől a rendelőintézetig bezárólag minden közbeeső szervezeti-feladat szinten. S ennek alapján kellene feltárni, hogy a legnagyobbtól a legkisebb feladat-eredmény egysége mennyi forrás felhasználását kívánta meg a nyilvántartott sokfajta anyagi és személyi forrásráfordításból, s milyen lehetőség mutatkozna külön-külön és így együttesen hatékonyságuk növelésére.

Az adott egységben elért konkrét hatékonyságot különböző bázishatékonysághoz viszonyítva szélesebb relációban is lehetőség nyílik mind a makro-, mind a mikro-hatékonyság elemzésére, javítására. Így például:

- 1./ Vetheti saját előző időszakának költségeit bázisnak, amiből saját munkája hatékonyságának tendenciáját elemezheti abszolút értelemben.
- 2./ Választhatja bázisul a tervezett költségeket, s ekkor a valósnak az ezzel való megfelelés, vagy \pm eltérés okait elemezheti.
- 3./ S nagyon fontos információt nyújt mind a helyi, mind az országos vezetés számára, ha saját hatékonyságát más, vagy országos átlagos hatékonyság bázisához viszonyítja az azonos minőségű feladatok terén.

Ezeknek a hatékonysági reális elemzési lehetőségeknek a kihasználása, s a növelési lehetőségek általuk való feltárása minden időben alapvető kötelesség, mert az orvostudományok gyors fejlődése által bővülő szolgáltatás effektív lehetőségének és igényének növekedési ütemével sohasem tud lépést tartani a költségvetés erre kiszakítható pénzfedezete. Épp ezért a feszültség enyhítésének legjobb eszköze mindenkor a hatékonyság növelése. Mai gazdasági nehézségünkben pedig, mikor a nemzeti jüvedelemből csak szűkösen szakíthatunk az egészségügyi extenzív szolgáltatás-növelésére, a hatékonyság-növelés e feszültség csökkentésének egyedüli járható útja. Minden egészségügyi dolgozónak nagy felelősséget kell tehát vállalnia a hatékonyságnövelési lehetőségek tudatos felkutatásában és kihasználásában. Az egyéni, elköltöztet felelősségvállalással azonban együtt kell hogy járjon az érdekeltség is, mint a felelősséggel vállalt tevékenység elengedhetetlen, észtönöz eszköze.

- Flór Ferens (szerk.): Kézikönyv az egészségügyi intézmények számvitelének és költséggazdálkodásának szervezéséhez. I-II. köt. KJK, Budapest, 1983.
- Az egészségügy fejlesztési, szervezési és működési irányelvei, különös tekintettel az V. ötéves tervre. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1976. 1. szám melléklete.
- A. Keck: A gyógyítómunka minőségének és eredményességének néhány összefüggése és a hatékonyság szerepe az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1978. 4. szám
- Dr. Widmann Mihály: Gondolatok az egészségügy közgazdasági megítéléséhez. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1978. 4. szám
- Keserő Imre: Az orvosigép- és -műszergazdálkodás időszzerű kérdéseiről. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1979. 1. szám
- Egy kollokvium margójára. Közlemények. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1979. 1. szám
- Dr. Juszt Lajos: Az egészségügyi gazdaságpolitika időszzerű kérdései. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1979. 2. szám
- Dr. Sárosi Dóra: A hatékony működést elősegítő szervező munka egyes módszertani kérdései az egészségügyben. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1981. 3. szám
- Dr. Major - Maróthy Géza: Az egészségügyi intézményi újítómozgalmak időszzerű feladatai. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1983. 3. szám
- Egészségügyi újítási anket. Közlemények. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1979. 1. szám
- Bosnyák Sándor: Az egészségügyi gép- és műszer-nyilvántartási rendszer korszerűsítése. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1984. 3. szám
- Szlávik Ferenc: Az elektronika fejlődésének várható hatása az egészségügyre. Prognosztika. 1983. 3-4. szám.